

**Maßnahmen
der Ergotherapie**

| | | | |
|---------------------|--------------------------------|------------------|--------|
| Gebührpflicht. | Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Gebührfrei | Name, Vorname des Versicherten | | |
| Unfall/Unfallfolgen | geb. am | | |
| BVG | Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| EWR/CH | Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum |

IK des Leistungserbringers

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Gesamt-Zuzahlung

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Gesamt-Brutto

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Heilmittel-Pos.-Nr.

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Faktor

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Heilmittel-Pos.-Nr.

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Heilmittel-Pos.-Nr.

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Faktor

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Wegegeld-/Pauschale

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Faktor

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

km

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Hausbesuch

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Faktor

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Hausbesuch

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Faktor

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Behandlungsbeginn spätest. am

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Hausbesuch **Therapiebericht**
 Ja Nein
 Ja Nein

Hausbesuch

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Rechnungsnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Belegnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Verordnungsmenge | Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges | Anzahl pro Woche |
|------------------|---------------------------------------|------------------|
| | | |
| | | |

Indikationsschlüssel **Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes